**SEÑOR PRESIDENTE.-** Habiendo número, está abierta la sesión.

(Es la hora 10 y 18 minutos)

La Comisión de Presupuesto integrada con Hacienda se va a reunir el martes 25 de setiembre a la hora 10 con el objeto de tomar posición sobre la Rendición de Cuentas.

Tenemos el agrado de recibir al señor Ministro de Salud Pública, doctor Fraschini, quien ha venido acompañado por el Director General de la Salud, doctor Touyá, el Director de ASSE, doctor Repetto, el Director General de Secretaría, doctor Toma, y asesores.

Esta invitación ha sido cursada a iniciativa de la Bancada del Partido Nacional, por lo que, para hacer la introducción del tema, tiene la palabra el señor Senador Heber.

**SEÑOR HEBER.-** En primer lugar, agradecemos la buena voluntad del señor Ministro de Salud Pública y sus asesores por concurrir a la Comisión de Presupuesto integrada con Hacienda.

Tenemos interés en abordar una serie de temas que tienen que ver con la salud pública y que no pasan, simplemente, por el nivel de gasto del año 2000. Como es sabido, el Presupuesto que hemos votado está en plena ejecución en el año 2001 y, quizás, la Rendición de Cuentas que importa es la que podamos ver en 2002, con respecto a cómo se vienen ejecutando los créditos votados en función del Presupuesto que sancionamos el año pasado.

Asimismo, queremos decir que en la oportunidad de tratarse el Presupuesto, tuvimos la presencia de otro Secretario de Estado y, por lo tanto, debatimos con la impronta de otro Ministro con otros objetivos. Distintas razones llevaron a que el titular del Ministerio de Salud Pública se alejara de su cargo y cambiara la persona. Por lo tanto, nos interesa constatar si el nuevo Ministro a cargo de la Cartera continúa con las líneas de acción que habían sido establecidas por el contador Horacio Fernández Ameglio o si existen variaciones.

Evidentemente, estos temas nos preocupan mucho porque desde la votación del Presupuesto hasta la fecha, en el área de la salud hemos tenido una situación conflictiva. Por ejemplo, se han dado situaciones del mutualismo en términos generales con grandes dificultades financieras y, lamentablemente, hemos visto, en este año, el cierre de algunas empresas que prestaban servicios de salud. Por supuesto que esta situación no es la ideal y, seguramente, no es la que desearía el señor Ministro, pero es la que tenemos. Por lo tanto, en función de esta situación, que se puede catalogar como crisis del sistema mutual, se está implementando un nuevo impuesto que votamos en el Presupuesto, en acuerdo con todo el Sistema Nacional de Salud, que implica el encarecimiento de un 3% en los servicios. En tal sentido, me gustaría saber cómo ha visto y cómo ve el señor Ministro la repercusión de un impuesto en un sector que, a pesar de que existen empresas que se funden, en los números globales de la economía del país tiene un alto crecimiento. Números más, números menos, hoy podemos decir que del Producto Bruto Interno, el sector de la salud –creo que es importante que así sea- participa en un 10% o más, con cierto grado de crecimiento. En tal sentido, queremos ver cómo incide el 3% en este crecimiento y en la participación de los servicios de salud del país y si el sector lo ha sentido.

El señor Ministro Fraschini, que también participó del equipo de la anterior administración a cargo del contador Fernández Ameglio, recordará que este tema fue muy polémico en la instancia presupuestal y que, a iniciativa del Poder Ejecutivo vino una propuesta del 14% para algunos sectores y no para todos. Creo que fue una transacción muy inteligente de parte del Gobierno, en cuanto a que todos los sectores y subsectores que prestan servicios de salud estuvieron de acuerdo, ya que al fin de cuentas el instrumento existe. Pero de lo que se votó en la etapa presupuestal a lo que resultó ser, me pareció ver a un Poder Ejecutivo abierto al diálogo, a buscar los mejores mecanismos y se optó por pedir un aporte a un sector en franco crecimiento. Fue una discusión importante, un tema muy discutido en esa etapa presupuestal. Ahora estamos frente a otro anuncio, que es la posibilidad del aumento del IVA. Por lo tanto, nos gustaría escuchar cómo repercutió ese 3% y cómo puede repercutir el 19% o, si se quiere, el 16% planteado, porque ese 3% estaría dentro de lo que puede ser el aumento de la propuesta del Gobierno en cuanto a la generalización del IVA.

No escapará al señor Ministro que vemos con preocupación algunos de sus anuncios, como es el de la necesidad de establecer un crédito con el BID de entre U$S 200:000.000 y U$S 250:000.000, con destino a mejorar la gestión del mutualismo en general. Hicimos comentarios en forma pública, a raíz de nuestras discrepancias en función de que sabemos que el límite de endeudamiento que tiene el país es muy alto. Esto nos preocupa porque lo hemos estado cuidando y, como partido político, no ingresamos en ninguna instancia que tuviera que ver con esto, a pesar de que otros sectores anuncian que podría ser una salida para muchos temas del Uruguay, a fin de rescatar a muchos sectores. Sin embargo, el Partido Nacional se ha negado a recorrer ese camino por lo que puede significar la afectación de la calificación de riesgo, cosa que el país tiene que cuidar. Creo que las señales que da el sistema político son las que lo mantienen, mucho más que lo referido al nivel de endeudamiento. Si recorremos ese camino, tenemos el temor de que sobrevengan complicaciones tanto internas como externas.

En consecuencia, nos gustaría que el señor Ministro hiciera algún comentario de qué es lo que piensa hacer el Gobierno al respecto. Anuncio, en términos generales, nuestra predisposición y la de nuestro Partido de decir: "No al endeudamiento", y sí, en todo caso, estudiar su rebaja.

Reitero, señor Presidente, que nos gustaría saber, en trazos de "dry pen", cuál es la política que el Ministerio de Salud Pública va a llevar a cabo en los próximos años. ¿Hay alguna propuesta de cambio estructural del Ministerio? ¿Hay una mayor vinculación con el sector privado? ¿Existe la posibilidad de generar un sistema único de salud, en donde participe el sector público junto con el privado, en algo novedoso, transformador?

Quisiéramos escuchar al señor Ministro hablar sobre las grandes líneas de acción que pretende darle a su Cartera. Todo este escenario, que quizás no sea el ideal –el mutualismo en crisis, el sector de la salud ya gravado y con voluntad de seguir pidiéndole

un mayor aporte-, es lo que nos motiva, como Partido, a conversar con el señor Ministro. Aclaro que no tiene nada que ver su filiación política y sectorial, tal como algún diario lo dejó entrever, sino el interés que despierta la Cartera que tiene entre manos, que nos parece uno de los grandes temas a resolver que el país tiene por delante.

**SEÑOR MINISTRO.-** En primer lugar quiero agradecer a la Comisión la oportunidad de conversar en un tono abierto y sincero sobre las realidades de nuestro sistema de salud. Creo que muchas de las interrogantes que el señor Senador ha planteado están comprendidas en un previo conocimiento o visión de lo que es nuestro sistema de salud, que nos ha llevado a hacer una serie de cambios en la Ley de Presupuesto, que responden, indudablemente, a necesidades presupuestales posteriores.

Comenzaría haciendo una pequeña exposición de cómo vemos el sistema de salud general, para después encontrar algunas explicaciones a cada una de las acciones que hemos ido adoptando a lo largo del tiempo.

Uruguay cuenta con una población de 3:300.000 habitantes. Es sabido que básicamente el sistema de salud se presta a través de dos subsectores: el privado y el público. Dentro del subsector privado, el 90% de los servicios los brindan las mutualistas y las instituciones de medicina colectiva que, a su vez, tienen dos realidades bastante diferentes: la del interior de la República, nucleado fundamentalmente a través de FEMI y FECOMI, y la de las instituciones de Montevideo, nucleadas en el Plenario y la UMU como instituciones prestadoras de servicios. Este sector cubre aproximadamente la mitad de la población del Uruguay, es decir, 1:550.000. Además de ello, existen los servicios de seguros privados totales, sistema al cual están afiliadas aproximadamente 50.000 personas. Tenemos, además, todas las que hemos llamado medicinas o seguros parciales, que brindan un servicio que no es integral.

Cuando hablamos de las instituciones mutuales y de medicina colectiva, nos estamos refiriendo a un sistema que pretende dar un servicio integral, a lo que debemos sumar -para todos los sistemas, por supuesto- lo que complementa el servicio de alta tecnología, que es el Fondo Nacional de Recursos. Quiere decir que el subsector privado está comprendido dentro de esta generalidad.

El resto del servicio de salud es brindado por el subsector público, que entre la Universidad de la República y todos los hospitales organizados a través de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), presta servicios a 1:000.000 de personas, aproximadamente. Tenemos, también, algunas otras instituciones públicas que brindan servicios, como las Fuerzas Armadas, el Hospital Policial, el Banco de Seguros del Estado, etcétera.

El subsector privado cuenta con alrededor de 14 instituciones en Montevideo y 33 en el interior, es decir, unas 47 instituciones de medicina colectiva que dan servicios. Por su parte, el subsector público tiene 60 hospitales públicos y 400 policlínicas, que brindan los servicios del Estado a través del Ministerio de Salud Pública y de ASSE.

El gasto total en salud, tal como dijo el señor Senador, oscilaba en el 10,3% del Producto Bruto Interno en el año 1998 – 1999; los últimos datos que tenemos nos indican que el porcentaje actual rondaría en el 10,6% del PBI. Entendemos que el dinero que se utiliza para brindar los servicios de salud representa realmente un porcentaje muy alto del PBI, y que el sistema –como veremos cuando analicemos los dos subsectores- no brinda a plena satisfacción los servicios esperados con relación al costo que significa para la población.

Si lo miramos desde el punto de vista de la salud en sí misma, este sistema, tal como está organizado, ha tenido también puntos altos en alguno de sus principios de salud, como por ejemplo en lo que refiere a la accesibilidad a los servicios. En América del Sur creo que el Uruguay está entre los países que tienen mayor accesibilidad a la prestación de servicios de salud, estimada en el orden del 95%; las únicas carencias las tenemos en las zonas rurales, donde en algunas oportunidades se detectó que, si bien hay aportes al sistema de salud, la accesibilidad se presenta con muchas dificultades.

En cuanto al tipo de servicios del sistema, dijimos que el 90%, que es brindado por las mutualistas, las IAM, y todos los servicios públicos, intenta dar un servicio de medicina integral, aunque es complementado en la alta tecnología con el Fondo Nacional de Recursos.

Creemos que el sistema también tiene puntos que no son plenamente satisfactorios, entre los cuales podemos mencionar el tema de la equidad del servicio. Indudablemente, el sistema se financia en una forma bastante dispar en los distintos sectores. Se pueden considerar tres grandes franjas en las que se podrían agrupar las formas de financiación del mismo: están aquellos que acceden al servicio de seguro total privado -estaríamos hablando de esas 50.000 afiliaciones que existen en el subsector privado-, a quienes se brinda un servicio de alta categoría y de muy buena calidad; luego tenemos el sistema de prepago, por el cual funcionan las mutualistas e instituciones de medicina colectiva, en donde, si miramos el servicio desde el punto de vista de la prestación, constatamos que es bastante bueno, aunque difiere del anterior en la calidad -más adelante veremos que parte de las prestaciones y de la calidad del servicio en este sector responde a algunas crisis, sobre todo de carácter financiero que padece el sistema de salud del subsector privado-; y finalmente tenemos el subsector público, que es el que brinda servicios a la población carente de recursos y cuenta para ello con los servicios que presta ASSE a través de sus hospitales y policlínicas y que, de acuerdo a cómo están distribuidos los recursos en este subsector, cuenta aproximadamente con un tercio de los que dispone el subsector privado. Para tener idea, entre el Ministerio de Salud Pública y ASSE, existe una erogación del orden de los U$S 360:000.000 y, a su vez, el subsector del mutualismo tiene alrededor de U$S 1.600:000.000 destinada a una población de 1:500.000 habitantes. Podemos decir que el subsector privado cuenta con U$S 50 o U$S 60 mensuales "per cápita" para brindar un servicio, mientras que el subsector público, atendido puramente a través de ASSE, cuenta con unos U$S 18 a U$S 20 "per cápita". Quiere decir que desde el punto de vista de su financiamiento, el sistema es bastante dispar. Ocurre que los recursos del sector público en salud no son solamente los de ASSE, y si comenzamos a unificar todos los recursos económicos que el Estado brinda a través de otros organismos -aunque seguimos difiriendo en montos bastante importantes comparados con lo que gasta el sector privado-, nos acercamos más a la cifra mencionada. Ello se debe a que el subsector público cuenta con organismos como el Banco de Previsión Social, el Banco de Seguros del Estado y Entes Autónomos que también prestan parcialmente servicios de salud, además de servicios como el de las Fuerzas Armadas y el de Sanidad Policial. Hemos realizado un estudio de cuentas nacionales en el que, sumadas todas estas cifras, nos acercaríamos más a las necesidades del subsector público para dar un servicio de mejor calidad. Actualmente, para su millón de usuarios ASSE utiliza cifras que prácticamente representan sólo un tercio de las que maneja el sistema de prestación mutual o las IAM.

**SEÑOR RUBIO.-** Para ver si entendí bien las cifras que brinda el señor Ministro, pregunto si tendríamos una cifra de U$S 1.600:000.000 para al subsector privado -comprendiendo el sistema de prepago y todo el resto- y de U$S 450:000.000 o U$S 500:000.000 para el subsector público.

Al hacer referencia al 10,6% del Producto Bruto Interno, ¿estamos hablando de U$S 1.100:000.000?

**SEÑOR MINISTRO.-** Es correcto, pero aclaro al señor Senador que estamos hablando de cifras aproximadas.

Es bueno preguntarse cuál es el diagnóstico que realizamos del sistema de salud una vez que se inició esta Administración. Encontramos un subsector público que, a pesar de todas las dificultades con las que brindaba los servicios, contaba al final de su Ejercicio con un déficit aproximado a los U$S 31:000.000. Este déficit tiene muchas explicaciones; no se debe solamente a la manera en que se realizó la gestión de los servicios, sino también el hecho de que los presupuestos sean quinquenales, lo que llevó a que una cantidad de servicios y de prestaciones que se fueron agregando a lo largo de los cinco años, no tuvieran prevista una asignación presupuestal, sencillamente porque no existían. Este es el caso de algunos medicamentos de última generación, de nuevos estudios de alta tecnología y de la incorporación de productos que mejoran indudablemente la calidad de vida de los usuarios, como por ejemplo el suministro de "Factor 8" a la población de hemofílicos y la incorporación del "triple plan" para el tratamiento de los pacientes con SIDA. Lo mismo ocurre con todo lo relativo al tratamiento de residuos hospitalarios, que se fue incorporando como prestación de servicio que debía contratar el servicio público, lo que no contaba con las previsiones necesarias en el Presupuesto.

En definitiva, en el primer año de gestión, uno de los grandes problemas que tuvimos que enfrentar fue ver cómo hacíamos efectivo el cumplimiento del pago a los proveedores por las obligaciones contraídas en ese año presupuestal, y también en anteriores, que se venían arrastrando. Esta fue una negociación muy difícil, y aunque el Parlamento nos votó las partidas necesarias para hacer frente a esos pagos, de acuerdo con las disponibilidades de los cupos financieros hubo necesidad de negociar, a lo largo de casi seis meses, con todos los proveedores que tenía el Estado. Es más, hasta el día de hoy aún estamos arreglando convenios de pago con algunos de ellos.

Durante todo el año el susbsector público estuvo trabajando –hay que tener en cuenta que ASSE representa el 98% del presupuesto total del Ministerio de Salud Pública- intensamente en la reorganización del Presupuesto de ASSE y en el armado del siguiente presupuesto quinquenal. Por primera vez en una actividad pública, el equipo de ASSE realizó algunas prácticas, como recorrer toda la República para poder trabajar en conjunto con los equipos de salud de cada hospital, a los efectos de confeccionar, de acuerdo con las pautas de salud que se habían fijado, un verdadero presupuesto por hospital. Este trabajo insumió más de tres meses y obligó prácticamente a todas las jerarquías de ASSE a trabajar fuera del Ministerio, en cada uno de los hospitales, durante todo el año. De este modo se realizó un Presupuesto que se ajusta a las realidades de ejecución que presentan los hospitales. De esa práctica, el primer resultado que estamos obteniendo es que en la ejecución del año 2000 terminamos cerrando el Ejercicio sin déficit, aunque con grandes dificultades desde el punto de vista presupuestal.

Por su parte, en el primer semestre de este año, además de contar con un buen sistema de información comparado con el que había anteriormente, el Ministerio de Salud Pública puede decir que actualmente el sistema público se encuentra ejecutando el Presupuesto dentro de los valores que le fueron asignados por la Ley Presupuestal.

En este momento, en lo relativo a ASSE, el Ministerio no tiene déficit de ningún tipo. ASSE con su equipo está realizando un fuerte trabajo para poder adecuar los rubros que tiene asignados, de modo tal que donde no contaba con los recursos necesarios se pudieran transferir y adecuar, según la Unidad Ejecutora, a los efectos de subsanar déficits, como por ejemplo en lo que tiene que ver con medicamentos.

Dependiendo directamente del Ministerio de Salud Pública, el sector público tenía un déficit muy marcado, sobre todo en lo que se refería al control y organización en el área denominada de asistencia integral.

Esta es una prestación de servicios que está destinada a los funcionarios del Ministerio de Salud Pública y a sus familiares y abarca prácticamente a 70.000 personas. Esta es un área que contó con cifras del orden de los U$S 4:000.000 o U$S 5:000.000 y, en el último año, estaba previsto un gasto de U$S 18:000.000. También debemos decir que se trataba de un área muy conflictiva desde su propio origen porque, según creemos –y obramos en consecuencia-, no tuvo una estructura organizacional suficientemente buena en su creación como para administrar un fondo tan importante. Este fue uno de los factores que originaban problemas de carácter económico, y permanentemente debíamos recurrir al Ministerio de Economía y Finanzas para solicitar asistencia financiera.

A Asistencia Integral se le dio una organización adecuada; se creó un sistema de contralor, se dispuso nombrar a un Gerente para su manejo, se adecuó el presupuesto a los gastos reales y se corrigieron graves aspectos de corrupción que existían en ese momento. Esto último se debía a la falta de control y a una serie de prácticas equivocadas en cuanto a los destinos de sus fondos. En este año es seguro que los gastos de Asistencia Integral no superarán los U$S 8:000.000.

Otra área conflictiva que existía en el subsector público se ubicaba en las Comisiones de Apoyo. Estas Comisiones están organizadas exclusivamente para apoyar la gestión de los Directores de todos los Hospitales que son Unidades Ejecutoras, y lo hacen a través de la aprobación de programas y de la asignación de recursos que les asigna ASSE de sus propios rubros. Aquí también se realizó un trabajo de creación y una reorganización, con lo que se ha logrado que actualmente las Comisiones de Apoyo se hayan regularizado prácticamente en un 80%. Asimismo, sus funcionarios aportan como corresponde al sistema previsional, y sólo nos queda por corregir algunas deficiencias en las Comisiones de Apoyo del interior, que son de menor tamaño y, por lo tanto, sus gastos tienen un monto menor.

De todos modos, entendíamos que este subsector público debía consolidar su situación, tanto organizacional como de funcionamiento. Por eso, en la Ley de Presupuesto propusimos realizar una reorganización, una reestructuración del sistema, fundamentalmente de ASSE, así como cambios en el área ministerial. En esta última, creímos necesario que la Cartera recuperara su papel planificador en cuanto a la salud y, sobre todo, el de contralor de las acciones que se ejecutan en salud. Entendimos que el Ministerio tenía una estructura organizacional que no era adecuada para estos fines, y por ello también pedimos en la Ley de Presupuesto –y hemos presentado al CEPRE- una propuesta de reestructura sobre la cual estamos intercambiando ideas con los

distintos sectores políticos. Básicamente, los cambios que estamos introduciendo en la parte ministerial comprenden la reorganización de tres grandes áreas de la Dirección General de la Salud. A una de ellas la llamamos Salud de la Población y servirá para atender los grandes programas prioritarios del sistema de salud, en el que, además, pensamos como factor primordial en lo que dimos en denominar Salud 2010. Entendemos que el modelo de atención con que cuenta el país no es el apropiado; debemos ir hacia un gran desarrollo en lo que tiene que ver con la prevención y promoción de hábitos saludables. El espíritu de Salud 2010 es trabajar en los distintos sectores de salud de forma horizontal y no vertical, con todos los demás Ministerios que tienen que ver con la salud de la población y, sobre todo, con la calidad de vida. Por lo tanto, en esta área hay un grupo de técnicos que están trabajando con los Ministerios del Interior y de Educación y Cultura. Asimismo, están organizando un programa de actividad física con el Ministerio de Deporte y Juventud. Pensamos que tenemos que trabajar en conjunto, de forma horizontal y en red con los varios actores que hacen a la calidad de vida y la prevención de la salud de la población.

Otra gran área que ha solicitado la reestructura organizacional del Ministerio tiene que ver con los servicios de salud y es la que trata de modernizar todo lo relativo a la estructura de habilitación de registros, de control de calidad de servicios y de control de la gestión de todos los prestadores de servicios del sistema de salud. En este sector hemos visto que el Ministerio se ha debilitado, posiblemente debido a que sus propias estructuras no estaban organizadas de una forma adecuada. En estas áreas, sobre todo en lo que tiene que ver con la gestión de salud y el control de calidad, no pretendemos hacer un macro Ministerio; por el contrario, la idea es que éste pueda tercerizar todos aquellos servicios que corresponden a inspecciones, ensayos y análisis, acreditación y certificación. En consecuencia, hemos organizado todo esto en un área que denominamos Servicio de Salud.

Hay una tercera área en donde estamos centralizando nuestra atención y tiene que ver con el producto de salud. Cabe destacar que tiene tres divisiones. La primera y más importante, tal vez por su impacto, es la que tiene que ver con el área de medicamentos. Allí pretendemos no sólo limitarnos a las inspecciones de los controles de calidad del producto por muestreo, sino llegar al control de la calidad de cómo se elaboran los productos. Por tanto, estamos elaborando una política de medicamentos que esté relacionada con el ingreso, con el uso y con el posterior control del uso del medicamento.

Otra división importante de este producto de salud es la tecnología. Aquí encontramos que el Ministerio tenía carencias muy importantes, sobre todo porque se pagan salarios muy bajos. Asimismo, realizar la tarea de planificación del ingreso de la tecnología, su uso en el país y llevar un control de todo esto, requiere de técnicos de alto nivel. Estamos reestructurando el Ministerio en esa área y una de las acciones más visibles que se ha detectado en los últimos días es que estamos intentando reactualizar todo lo que tiene que ver con el área de radioterapia en el país mediante un plan de trabajo.

Esto es una demostración clara de que, a nuestro entender, el Ministerio, debido a la estructura con que contaba hasta ese momento, no podía ejercer mucha influencia, a pesar de que resultaba de vital importancia para la población. Es así que nos encontramos con un parque de equipamiento obsoleto y sin normativas claras en cuanto a la aplicación en lo relativo al tratamiento de radioterapia en la población del país. Por nuestra parte, entendimos que nuestro trabajo debía ser silencioso, a fin de realizar cambios a través de un buen plan de reconversión de todo el programa de radioterapia, mirando hacia el futuro y no hacia el pasado, es decir, sin centrarnos en los problemas que estaban subyacentes y no se habían podido solucionar.

Asimismo, hay otra División que estamos proponiendo en la reestructura, que es la que tiene que ver con alimentos modificados. Como es sabido, la parte de contralor de alimentos que realiza el Ministerio ha adquirido un grado de complejidad que no tenía en los últimos años, en virtud de que ahora los alimentos ya no son únicos y puros, sino que están combinados, lo que nos coloca en presencia de una cantidad de productos que se ofrecen a la población y que contienen aditivos y mejoramientos; incluso, ahora han aparecido productos transgénicos, debido a lo cual el Ministerio, en esa área, dado el grado de complejidad que ha adquirido el tema, requiere un Departamento con características diferentes para efectuar ese tipo de control.

Básicamente, esas son las reestructuras que estamos proponiendo, desde el punto de vista estructural y funcional para el Ministerio. Esta reestructura, además, contiene el detalle de las funciones y los objetivos de cada área, así como las funciones que debe desempeñar cada uno de los Departamentos que forman parte de las correspondientes Divisiones. Este aspecto trata, incluso, el nivel de los funcionarios desde el punto de vista del perfil que deberían poseer para trabajar en cada área.

El documento de reestructura contiene este aspecto que he mencionado y el relativo a ASSE. En este sentido, estamos proponiendo un cambio sustancial para ASSE. Concretamente, nuestra propuesta consiste en que la estructura central de ASSE ya no sea la administradora de los recursos de los hospitales que están en todo el país. Decimos esto porque, sencillamente, es imposible administrar los recursos desde el nivel central de ASSE. Personalmente, me desempeñé como Subdirector Técnico y como Director General de ASSE, y por mi experiencia pude comprobar lo difícil y complejo que resulta solucionar los problemas de los hospitales desde un casco central. La reposición de enfermería en Artigas, por ejemplo, lleva seis meses; realizar las compras y solucionar los problemas -debido a la propia estructura organizativa y burocrática que tiene ASSE- del hospital de Tacuarembó, de Rivera o de Cerro Largo, resulta extremadamente complejo, e incluso es muy difícil solucionar problemas de gestión a un Hospital que tenemos tan cerca, como el Pereira Rossell. Hemos entendido que la gestión de los hospitales debía ser llevada a cabo por un equipo del propio hospital, encabezado por un Director. Los Directores de los hospitales no contaban, por ejemplo en el área económica, con un asesor. Asimismo, el Ministerio de Salud Pública tenía muy pocos contadores para manejar los U$S 300:000.000 anuales, y casi todos ellos trabajaban en el casco central; solamente existía un contador en el Hospital Pereira Rossell. En todos los demás hospitales, los Directores se tenían que manejar con idóneos en administración, pero sin un asesoramiento técnico de alto nivel como el que se requería para manejar presupuestos hospitalarios de montos millonarios en dólares, como los correspondientes a los Hospitales Pasteur o Pereira Rossell e, incluso, como los de los hospitales del interior. En este sentido, uno de los pasos fundamentales que dimos fue, en primer lugar, incorporar la descentralización de los créditos, de tal modo de que cada Director de hospital pudiera saber cuáles eran sus verdaderos créditos y como podía administrarlos en forma más eficiente. A esos efectos, se designó un contador, quien además es el Gerente Financiero de cada uno de los hospitales. Aclaro que estamos hablando de Unidades Ejecutoras departamentales y de todos los hospitales grandes de Montevideo, y no de aquellas Unidades Ejecutoras de menor volumen que reciben asesoramiento del Gerente Financiero del Hospital de la Unidad Ejecutora departamental.

En una palabra, estamos proponiendo para ASSE su transformación en un asignador de recursos, que compre los servicios que necesita la población que tiene definida constitucionalmente como aquella carente de recursos. Por lo tanto, ASSE necesita tener una Unidad de división de población, una Unidad que defina claramente cuáles son las prestaciones y la canasta prestacional que va a brindar, así como una Unidad de negociación que va a negociar con todos los hospitales como si cada uno de ellos fuera –

como debería ser- una verdadera empresa sanitaria. Esto se puede hacer a través de un compromiso de gestión, en el que queden pactados los objetivos, las metas, los indicadores y, además, los recursos que ASSE se compromete a dar a cada hospital para que pueda cumplir con sus metas.

Ya hemos tenido una experiencia durante la Administración anterior con respecto a cuatro hospitales, sobre la base de trabajo de un compromiso de gestión. Pensamos que esto debía tener un sustento legal más fuerte, y por eso es que proponemos para la reestructura de ASSE la consolidación de una estructura como sistema financiador de sus recursos, así como una de carácter organizacional para los hospitales, de modo que puedan manejarse con un equipo de gestión eficiente. Asimismo, planteamos la consolidación del compromiso de gestión como documento intermedio de todos los recursos y los objetivos que deben establecerse entre ASSE y el hospital.

Desde el punto de vista de la reestructura que estamos planteando, podemos decir que básicamente sus detalles están contenidos en estos dos puntos. Concretamente, en cuanto al Ministerio, estamos hablando de la posibilidad de que logre mejorar su papel rector, su eficiencia y su eficacia en el contralor que debe realizar sobre los prestadores de servicio.

En lo que respecta a ASSE, intentamos que mejore su gestión sobre los hospitales. Esto también tiene un contenido claro en el sentido de comenzar a ubicar a los organismos que financian, de un lado, y a los que prestan servicios, de otro. Esto es así debido a que ASSE estaría en condiciones de ceder la gestión de un hospital, de contratar a un equipo de gestión de mejor nivel o a otro prestador de servicios, si resulta necesario que la población reciba un servicio de mejor calidad que el que pueden brindar los hospitales públicos. De este modo, estamos colocando al hospital público en la obligación de mejorar sus servicios hacia la población.

En cuanto al subsector privado, lo primero que se hizo en abril -es decir, a un mes del inicio de la gestión- fue tratar de tener bien claro cuál era su situación. Para este fin, se contrató un equipo de técnicos que pudiera realizar un diagnóstico preciso de la situación de las instituciones desde el punto de vista técnico prestacional y, además, desde el económico financiero. El resultado se obtuvo aproximadamente en noventa días para todas las instituciones de Montevideo. Se comenzó realizando el programa en la capital, porque era notoria la fragilidad que existía en el subsector privado. Ese resultado fue suministrado a cada una de las instituciones y contenía, fundamentalmente, todas las carencias que habíamos encontrado en el sistema de salud y, sobre todo, en el sistema de cada una de las instituciones, para realizar eficientemente el servicio.

Como se dijo públicamente, las principales carencias encontradas fueron de carácter estructural. En primer lugar, que las instituciones mutuales no tenían dueño, sobre todo las de medicina colectiva. El principal objetivo del médico cooperativista, al integrar una cooperativa médica, es el de proveerse de un puesto de trabajo o, en muchos casos, venderle a la propia institución servicios con alguna tecnología nueva que haya surgido. Por lo tanto, en la misma esencia de la estructura organizacional que tenían las IAM estaba, a su vez, el germen de su autodestrucción. Las instituciones habían estado trabajando a lo largo de casi ocho años con déficit operacionales mensuales del orden del 6% al 8%, lo que había llevado a que les hipotecaran su patrimonio y a que realizaran una práctica de pago con los proveedores en forma cada vez más dilatada. De tal manera, encontramos instituciones que debían hasta catorce meses a sus proveedores. Además, la tercera línea de financiación fue a través de los propios salarios de los funcionarios no médicos y médicos, a tal punto que en algunas instituciones –fue notorio el cierre de dos de ellas- se debían salarios de casi doce y catorce meses a sus funcionarios; a los proveedores se les debía desde hacía catorce a dieciséis meses y, por supuesto, su patrimonio estaba absolutamente comprometido con el sistema financiero y con la banca.

Este sistema fue permitido por la falta de buen gerenciamiento y, en tal sentido, si bien identificamos carencias en la práctica médica en las instituciones, la práctica gerencial fue muy mala. En una palabra, no existía una posición de intereses debida entre un dueño, una gerencia profesional y los empleados de la institución.

El plan que se estableció en el Ministerio de Salud Pública tuvo que ver con la identificación del pasivo existente, y se llegó a la conclusión de que era de U$S 350:000.000 en las instituciones de Montevideo. Nosotros entendimos que ese pasivo se podía afrontar solamente si existía un mecanismo de financiación y pago de la deuda en término de plazos muy largos, como de diez años. La propuesta fue que las instituciones debían arreglar sus estructuras organizacionales, fortalecer su gerenciamiento, hacer los cambios técnicos que mejoraran las prestaciones de servicios, fundamentalmente a través de un cambio estatutario y de la presentación de un proyecto de viabilidad de la institución que debe ser estudiado por un equipo de técnicos a los efectos de su aprobación. Si estos proyectos se aprobaran, se accedería a una línea de crédito, que tiene que ver con el préstamo a que hizo referencia el señor Senador, que si bien tiene beneficios desde el punto de vista de los plazos y de las tasas que se cobran, debe ser retornable por las instituciones mutuales. Para acceder a esos préstamos deben estar aprobados los planes de reconversión y asegurar un equilibrio económico en las instituciones y la capacidad de repago de la deuda. Este préstamo está destinado, fundamentalmente, a sanear en primera instancia el endeudamiento con el Banco de Previsión Social y con los proveedores, y hay parte del endeudamiento que no es elegible, sobre todo lo que tiene que ver con los salarios de los funcionarios. Otra parte del préstamo se utilizará para reconvertir el sistema mutual.

Si los préstamos son aprobados porque se entiende que el financiamiento que se propone y, fundamentalmente, los cambios estructurales, estatutarios y hasta gerenciales están contenidos realmente y hacen viable a largo plazo a la institución, serían elevados a una calificadora de riesgo que, a su vez, lo elevará a un comité interministerial integrado por el Ministro de Economía y Finanzas, el Director de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto y el Ministro de Salud Pública. A este nivel recién se aprobaría el proyecto de viabilidad de las instituciones.

Nos estamos refiriendo a un monto de U$S 75:000.000 en un préstamo a 10 años, con una gracia de un año y a una tasa que oscilaría en el 10%. De todos modos, este préstamo no permite lograr soluciones de fondo al grado de endeudamiento de las instituciones y es por eso que surge la posibilidad de que un agente financiero privado organice un sistema de fondo de inversión cerrado mediante la emisión de valores que les permita negociar con el resto de los proveedores o acreedores el saneamiento definitivo de la institución. Nuestra idea es la de que el Estado no debe intervenir en esta fase y ella estaría establecida por un agente financiero externo, fundamentalmente los bancos, que tiene que hacer una propuesta de financiamiento a largo plazo para aquellos proyectos y planes de reconversión que sí han sido aprobados por el Ministerio de Salud Pública y por la Comisión interministerial.

Por supuesto que este es un sistema bastante más complejo de lo que he resumido, ya que implica una reingeniería financiera y conlleva, además, a un monitoreo y un seguimiento permanente del cumplimiento de las fases de desembolso del préstamo. Dicho préstamo está ligado íntimamente a un desembolso por etapas, en el cual se tiene que ir dando cumplimiento a las instituciones para lograr la viabilidad requerida.

**SEÑOR RUBIO.-** Personalmente, agradecería si el señor Ministro nos pudiera suministrar algún informe sobre la discriminación del gasto en salud, tanto del sector público como del privado, a fin de poder estimar estas cifras sobre pasivos. En el caso de las 49 instituciones del sistema de asistencia médica colectiva, quisiera saber si el gasto en salud del que estamos hablando es del orden de los U$S 900:000.000? Pregunto esto, porque no logro entender la discriminación del gasto en salud del sector privado. Si hay alrededor de U$S 450:000.000 de gasto del sector público, sobre un total de U$S 2.100:000.000, estamos hablando de alrededor de U$S 1.600:000.000 del subsector privado, tal como dijo el señor Ministro. ¿Cómo se discrimina el gasto en salud de la asistencia médica y del resto, para poder evaluar el pasivo con relación al gasto?

**SEÑOR MINISTRO**.- He dado cifras globales aproximadas. En consecuencia, no tendría inconveniente en hacer llegar a la Comisión la documentación con las cifras exactas que estamos manejando, para que exista una mayor precisión. Contamos con esta documentación, que vamos a proporcionar a los distintos sectores políticos. A fin de explicar la reestructura que proponemos, estamos estableciendo ámbitos de consulta.

A tales efectos, ya hemos tenido reuniones con representantes de varios sectores donde proporcionamos la información necesaria para el debido manejo de todo lo concerniente a este tema. Incluso, tenemos agendado con el sector del Frente Amplio las correspondientes conversaciones, a efectos de explicar de qué se trata la propuesta que estamos elevando al CEPRE. Una vez analizada la propuesta por los distintos sectores y luego del retorno de las sugerencias de mejoramiento, estaríamos elevando el proyecto –más adelante decreto-, al Poder Ejecutivo donde se consolidaría esta reforma.

Reitero que vamos a enviar la información a la Comisión, la que tendrá mayor precisión de la que yo pueda aportar hoy.

**SEÑOR BRAUSE**.- La información deberá ser entregada a la Mesa, a efectos de que realice la distribución correspondiente.

**SEÑOR MINISTRO**.- Básicamente, el préstamo del que hablamos es para la primera fase. Es un préstamo de U$S 75:000.000 y fue aprobado en el día de ayer, para el Uruguay, por el Directorio del BID. Es un préstamo sectorial de salud, el primero de estas dimensiones que el BID aprueba; al respecto hay muy pocos antecedentes y tiende fundamentalmente a tratar de estabilizar todo el sistema del subsector privado. También tenemos que reconocer que habrá instituciones cuyo grado de endeudamiento va más allá de poder ser incluido en estos financiamientos. Es probable que haya alguna de las instituciones que puedan ser absorbidas o fusionadas por otras instituciones de mayor solvencia. Pensamos que, definitivamente, van a haber instituciones que desaparecerán del sistema porque no pueden estar operando en las condiciones de inseguridad para la prestación de servicios que le brindan a la población en la cual lo están haciendo actualmente. Entonces, el objetivo primordial que tenía esta parte del programa de fortalecimiento del sector salud que está sustentado por el préstamo del BID a la primera fase y, a una segunda fase, por un agente financiero privado, tiende a estabilizar el sistema mutual y de medicina colectiva, fortaleciéndolos desde el punto de vista empresarial.

Nos quedaría por analizar el Fondo Nacional de Recursos.

**SEÑOR SANABRIA**.- Antes de continuar, quisiéramos saber cuál es la definición del Ministerio, más allá de que en este momento está en la etapa de análisis, con relación a la aplicación de este préstamo. Asimismo, desearíamos saber cuál es la visión del Ministerio, en virtud de que entendemos que está pensando únicamente en el mutualismo de Montevideo. Si así fuera, sería una tremenda injusticia respecto del mutualismo del interior, que si algún mérito tiene es el de atender con mayor rigurosidad la fase administrativa y financiera. No creemos saludable dar una señal de apoyo a mutualistas que, sin entrar a analizar en profundidad si hicieron bien o mal las cosas, son las que más problemas tienen y van a ser las más beneficiadas. Muchas mutualistas del interior, si bien tienen problemas, no tienen tantos en virtud de que han hecho las reconversiones adecuadas, con el esfuerzo y el sacrificio acorde a la situación que vive el país.

En este aspecto, deseamos saber cuál es la posición del Ministerio con respecto a las mutualistas del interior del país que, dentro de un panorama político y no técnico, aspiramos a que sean contempladas. Decimos esto sin pronunciarnos sobre el fondo del problema, dado que todavía no ha habido discusión sobre la asistencia o no a las mutualistas privadas, en cuanto al apoyo financiero.

Queríamos dejar constancia de nuestra preocupación sobre la definición del Ministerio respecto de este tema. Deseamos que la ayuda, en virtud de la situación difícil que vive el mutualismo, sea para las mutualistas de todo el país y no sólo para las de Montevideo.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** La Mesa expresa que se encuentra en Antesala, desde las 11 de la mañana, el señor Ministro de Defensa Nacional.

**SEÑOR MINISTRO.-** Deseo agradecer la oportunidad de la observación del señor Senador. Sin darme cuenta, omití hacer referencia al sector de las instituciones del interior del país. El proyecto que tenemos para todas las del interior –instituciones todas nucleadas a través de FEMI y de FECOMI- es un programa que comenzaría próximamente, junto con el del sector mutual de Montevideo. También contaría con las dos fases, iguales y correspondientes a las del otro proyecto. Estas dos fases serían atendidas expresamente por el agente financiero externo de la banca privada; pero, sería encarado de la misma forma para el sector de las instituciones del interior. También está previsto eso para las instituciones del interior, a pesar de que nosotros reconocemos que la situación de éstas es muy diferente a la que existe en Montevideo. Las instituciones del interior están pasando también por un problema de corte financiero, pero evidentemente están en un grado de eficiencia de administración de sus empresas muy superior a las de Montevideo, lo cual ha hecho que el nivel de endeudamiento que puedan tener es prácticamente la décima parte del que tienen éstas. De todas maneras, también está previsto contemplar a las instituciones del interior en una fase posterior pero que es mediata. En momentos de comenzar la segunda fase de refinanciamiento de las instituciones de Montevideo, simultáneamente empezaría también la que refiere a las del interior de la República. Esa es la idea que estamos manejando dentro del programa de modernización del sector salud.

**SEÑOR HEBER.-** Confieso al señor Ministro que no me quedó muy claro el tema relativo al préstamo ya que, como él mismo lo expresó, existe toda una serie de intervenciones de bancos privados en materia de otorgamiento de créditos. Naturalmente que el respaldo y la garantía son del propio Estado. Ahora bien, quisiera saber si respecto a esos U$S 75:000.000 existe una contrapartida nacional. En otras palabras, ¿el propio Estado tiene que generar una contrapartida? Esto es algo que el Ministerio entiende necesario como para rescatar un poco el sistema mutual de lo que puede ser su mal endémico, es decir, su propia gestión. ¿Qué pasa con el sistema mutual si no obtenemos el crédito? ¿No puede mejorar su gestión sin él? ¿No puede estudiar la forma de reconvertirse o reestructurarse por sí mismo? ¿Necesita del crédito del BID? ¿Necesita el apoyo del Ministerio de Salud Pública? Formulo estas preguntas porque, de acuerdo con lo que entendí, el propio Ministerio ha identificado dónde están los problemas del sistema mutual. Creo que ellos tienen una responsabilidad en el sentido de revertir esta situación por la propia viabilidad de la empresa. En definitiva, me pregunto si en este caso las muletas son necesarias o no.

**SEÑOR SANABRIA.**- Interrumpo brevemente para referirme a un aspecto del trámite de la reunión. De alguna manera, todos hemos entrado a temas específicos de la gestión del Ministerio de Salud Pública, muy alejados de la problemática que está atendiendo la Comisión cuyo cometido es estudiar la Rendición de Cuentas y el Balance de Ejecución Presupuestal. Más allá de que se trata de un tema que va a generar debate y análisis en las próximas semanas debido a su importancia, sin coartar la opinión de los señores Senadores, sugeriría a la Mesa y a la Comisión que se redondeen los planteos en virtud de que el señor Ministro de Defensa Nacional está en la Antesala con su grupo asesor aguardando desde hace un buen rato.

**SEÑOR MINISTRO.-** Voy a tratar de contestar en primera instancia al señor Senador.

Indudablemente, el préstamo de referencia es un préstamo sectorial que va al Estado, el que lo depositará y pondrá a disposición de las instituciones privadas. El Estado no es el garante del préstamo, ya que éste está atado; al quedar liberadas absolutamente las deudas con el Banco de Previsión Social y DISSE, va a quedar afectada una cuota parte de la cuota DISSE, que se encuentra en el orden de U$S 1 por afiliado, según el grado de endeudamiento de cada una de las instituciones. Esta es la primera y la más importante garantía con respecto a la devolución posterior del préstamo. Quiere decir que el Estado no debería estar comprometido en la devolución posterior de este préstamo.

En la segunda parte, por supuesto que queda claro que la transacción es entre partes privadas, es decir entre la institución mutual y el sistema bancario o financiero, que se encargaría de realizar el préstamo de largo plazo para hacer frente al segundo tramo de endeudamiento de las instituciones. Por lo tanto, el Estado no necesita en realidad tener una contrapartida nacional para poder manejar este préstamo.

Con respecto al segundo tema, es evidente que el Estado tiene que establecer reglas de juego diferentes para poder arreglar al subsector. No cabe la menor duda que estas empresas han tenido problemas estructurales muy serios que las han llevado a la situación conocida. La pregunta que uno debería hacerse es si al cabo de 10 años estas instituciones no deberían haber tomado ellas mismas las medidas correctivas, para evitar llegar al grado de endeudamiento en el cual han incurrido. Por eso pensamos que a este respecto es importante el rol del Ministerio en cuanto a la normatización y a las exigencias para que las instituciones puedan ingresar a un régimen de gestión eficiente, tratando de no inmiscuirse o no tomar partido en lo que se refiere a la responsabilidad de la gestión privada.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** Disculpe, señor Ministro. Entonces, ¿no hay contrapartida?

**SEÑOR MINISTRO.-** Exactamente, señor Presidente; no hay necesidad de una contrapartida nacional.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** ¿Quiere decir que las informaciones de prensa que señalaban la existencia de una contrapartida de U$S 75:000.000 son equivocadas?

**SEÑOR MINISTRO.-** Así es, señor Presidente.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** Bien. La Comisión de Presupuesto integrada con Hacienda agradece la presencia en Sala del señor Ministro de Salud Pública y sus asesores.

(Se retiran de Sala el señor Ministro de Salud Pública y sus asesores.)